



(第12回研修医症例報告会)左腎摘出後,嘔気・頭痛が続いたvon Hippel-Lindau病の1例

著者名	中尾 千恵, 糟谷 英俊, 山崎 圭
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	88
号	1
ページ	34-34
発行年	2018-02-25
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032000

doi: 10.24488/jtwmu.88.1_30(https://doi.org/10.24488/jtwmu.88.1_30)

台の自己脈があったため、経静脈ペーシングは中止、抜去した。〔考察〕麻酔導入後に高度の徐脈に至る原因として、循環器作動薬などの常用薬の影響、麻酔薬自身の副作用、脊椎麻酔、硬膜外麻酔などの影響、循環器疾患の関与などを考えるが、本症例では、継続投与されたβ遮断薬による房室伝導抑制作用と麻酔導入時による薬剤との相互作用で生じたと考えた。房室伝導を亢進させる硫酸アトロピンが無効であったことは、もともと洞機能不全や2枝ブロック（左脚前枝ブロック、完全右脚ブロック）の存在による影響を考えた。経皮ペーシングも無効であったことは、心肥大や体格の影響を考えた。〔結語〕麻酔導入後に高度徐脈になり、抗コリン薬や交感神経刺激薬、経皮ペーシングが無効であったため手術が延期になり、経静脈ペーシングを用いて手術を行った症例を経験した。

2. 左腎摘出後、嘔気・頭痛が続いた von Hippel-Lindau 病の1例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²脳神経外科）

○中尾千恵¹・

◎糟谷英俊²・山崎 圭²

21歳時頭痛精査で小脳血管芽腫が見つかり後頭下開頭にて4か所の腫瘍摘出術を受けた。26歳時、右腎がんの摘出術。その後、小脳腫瘍が大きくなってきたため、27歳で7か所の小脳腫瘍にガンマナイフの照射を受けた。その6か月後、小脳の照射されなかったのう胞性腫瘍が大きくなったため腫瘍摘出術を受けた。35歳で腎がんのため左腎摘出術（複数個あり腎の温存が困難と判断）。その退院前後から、嘔気・頭痛が続いた。退院20日後、脳神経外科の定期検診で、小脳腫瘍の増大が新たに見つかり入院となった。家族歴として父が von Hippel-Lindau 病で、腎がんの頸椎転移で死亡。入院時 MRI では、左小脳から延髄にかけてのう胞が延髄を圧迫、のう胞内小脳正中に13 mmの腫瘍を認め、均一に造影された。それ以外に約20か所に造影される5 mm以下の腫瘍を認めた。2016年のMRIで、小脳下部にあった当時最も大きかった7 mmの腫瘍が、のう胞を伴って増大したと考えられた。腹部CTでは、脾のう胞を認めるが、眼底は異常ない。血液検査所見では、クレアチニンが1.37 mg/dlと高値以外に異常は認めなかった。手術は腹臥位とし、後頭下開頭を行い、のう胞を開放し、腫瘍を同定して全摘出した。病理所見は血管芽腫であった。術後9日で、症状改善し退院した。今後は腎がんと小脳血管芽腫の綿密な経過観察と、腫瘍が大きくなった場合にはガンマナイフ治療を行う予定としている。多科にまたがる von Hippel-Lindau 病では、全身の状態をよく理解しておく必要がある。

3. 交通外傷による右心耳破裂の1救命例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²救急

医療科）

○川口憲治¹・

◎庄古知久²・出口善純²

〔はじめに〕鈍的心外傷は近年救命例が増えつつあるが、心外傷のなかでも心破裂は来院時にすでに心肺機能停止に近い状態であることが多く、最も重篤かつ致命的な損傷であり、迅速な患者対応と適切な緊急手術でのみ救命することが可能となる。〔症例〕25歳男性。都内で首都高速を運転走行中に単独自損事故を起こし受傷。救急隊現場到着時、収縮期血圧76 mmHg、脈拍102回/分のショック状態、JCS II-30の意識障害で当救命救急センターに搬送された。左前胸部に打撲痕あり。初療でのFAST（focused assessment with sonography for trauma）にて心タンポナーデと診断。心窩部より心嚢ドレーンを留置し、間欠的に暗赤色の血液を吸引することで血圧を維持させた。造影CT検査にて右心耳破裂と診断。バイタルサインは安定していたので手術室の準備を待って入室。救急医療科医師の執刀にてクラムシェル開胸。心嚢切開すると大量の血液が噴出、右心耳に3か所の破裂部を確認しサテンスキー鉗子で把持し止血。それぞれ縫合修復を行い救命に至った。術後経過は良好で、十二誘導心電図も問題なく不整脈も認めなかった。術後4日目にはドレーンを抜去しICUを退室。術後15日目に退院し、後遺症なく社会復帰となった。今回行ったクラムシェル開胸は胸骨縦切開よりも迅速でかつ低侵襲であり、特殊な手術器械も必要としない。重症胸部外傷の出血制御には非常に有効なアプローチ法である。適切な心嚢ドレナージと術前CTにて診断し救命し得た症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

4. 胃癌による穿孔が疑われたが、最終的にS状結腸癌にて手術を行った1例

（東医療センター¹卒後臨床研修センター、²外科）

○横川英之¹・水口知子¹・

下嶋優紀夫²・宮澤美季²・◎山口健太郎²・

碓井健文²・横溝 肇²・塩澤俊一²・

島川 武²・勝部隆男²・成高義彦²

〔症例〕83歳男性。陳旧性肺結核、肺線維症にて当院呼吸器外科にてフォローアップされていた。上腹部痛にて救急外来受診。上腹部にfree airを認め上部消化管穿孔の診断で入院。上腹部の圧痛のみで筋性防御なく、絶食および経鼻胃管による減圧で保存的に治療する方針とした。その後症状は改善したため、入院から1週間後に上部消化管内視鏡検査を施行。胃角部小弯に深掘れの潰瘍を認め、襲の集中、癒合を認め3型胃癌が疑われた。また、腫瘍マーカー値もCEAが22.7 ng/mlと高値であり、胃癌による穿孔と診断し術前精査を進める方針とした。しかし、胃の病変からは悪性所見が出ずGroup 1の所見であった。腹部CT所見を見直すとS状結腸の壁が肥厚していたため、下部消化管内視鏡検査を施行した結